

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野（施設系通所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	デイサービスセンターるうてる	
運営法人名称	社会福祉法人 るうてるホーム	
福祉サービスの種別	老人デイサービス事業（老人デイサービスセンター）	
代表者氏名	大柴 譲治（理事長） 杉本 匡子（管理者）	
定員（利用人数）	35 名	
事業所所在地	〒 575-0002 四條畷市岡山5丁目19番20号	
電話番号	072 - 878 - 0686	
F A X 番号	072 - 878 - 5293	
ホームページアドレス	https://www.ruuteruhome.or.jp	
電子メールアドレス	r201@ruuteruhome.or.jp	
事業開始年月日	平成12年4月1日	
職員・従業員数※	正規 6 名	非正規 11 名
専門職員※	社会福祉士1名、介護福祉士10名、 准看護師2名、 訪問介護員養成研修1級課程修了者1名、 訪問介護員養成研修2級課程修了者4名、 認知症介護実践研修修了者2名	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] 食堂1、浴室2、調理室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	平成 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

支えられつつささえて
私たちは、キリスト教主義にたって、
お客様お一人おひとりを大切にし、
仕える姿勢を堅持いたします。
また、どのような心身の状況にあっても、
ご自分の生活を自分らしく続けることができるよう、
お支えに努めます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

①どのような身体状況になっても、お風呂を楽しんでいただけるように5種類の浴槽を完備しています。景色を楽しんでいただける3人浴槽、一番人気の檜風呂があります。また、機械浴では、座位浴槽、寝台浴槽があり、寝台浴槽では、台が沈むのではなく浴槽が上がり、怖い思いをしない工夫があります。

②お一人おひとりのできることの実現。できることを見守り、できるまで待つ介護＝生活リハビリを推進しています。経験豊富なスタッフが多く、「できることがないかやってみよう」の意識を持っています。

③ポイントカード制の導入。ご利用、お手伝い等で、ポイントゲット。お好きな飲み物、して欲しいことを聞いて、サービス提供を行っています。より利用者様、家族様とのコミュニケーションが深まります。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成31年1月23日～平成31年3月18日
評価決定年月日	平成31年3月18日
評価調査者（役割）	0401A191（運営管理委員） 0501A117（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

社会福祉法人るうてるホームは、日本福音ルーテル教会の婦人会連盟の運動によって設立されました。1965年に軽費老人ホームを設立して以来、障がい・高齢の多くの福祉事業運営を行ってきています。2013年に既存事業を一体化した施設の新築移転に伴い、軽費老人ホームからケアハウスへの転換が実施されました。

静かな住宅街の一角に立地しているホームであり、近くにはコンビニエンスストアやスーパー、また1キロ圏内に大型ショッピングセンターがあります。デイサービスセンターるうてるは、4階建て施設の1階にあり、館内のすぐ隣には障がい者多機能事業所が併設されています。その他、訪問介護ステーション、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターも併設され、1・2階にはケアハウス、3・4階には特別養護老人ホームがあります。

デイサービスセンターるうてるでは、「みんなが作るデイサービス、お一人おひとりが主人公」をコンセプトにし、主体的にやりたいことができるように取り組んでいます。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

■公正で透明性の高い施設運営の取り組み

経理規程に沿って処理された経理内容は外部の公認会計士により点検され、経営報告としてホームページ上で開示しています。また、法人内施設間で内部監査を実施し、職員相互でチェックすることが、現場職員の課題意識にもつながっています。

■利用者の生活の質の向上を高める取り組み

「みんなで活気ある、また来たくなるようなデイサービスを作る」を事業目標にして①引き算の介護の実践〈できることはご自身です、役割を持って、活動へのモチベーションを感じるよう推進します〉②生活リハビリ〈自宅での生活の質が向上するための機能訓練〉を掲げて実践に取り組んでいます。

■食事の満足度向上への取り組み

毎日、職員が利用者から食事の感想を聞き取り、感想をまとめて法人全体で設置する食事委員会で検討しています。食事委員会には利用者も参加し、献立に反映する等して、満足度の向上に努めています。

◆改善を求められる点

■事業計画を利用者・家族などに周知していく取り組み

事業計画はホームページに公表していますが、読みやすく字を大きくしたり絵や文字などで工夫した「事業計画（簡易版）」を作成して掲示したり、利用者一人ひとりの連絡帳に入れるなどして理解を得る様な取り組みが求められます。

■マニュアル類の管理

必要なマニュアル類は用意されていますが、より活用しやすいようなファイリングが望まれます。また、マニュアル類の見直しについても、定期的実施する仕組み作りが望まれます。

■権利擁護の体制整備

プライバシー保護や虐待防止等、権利擁護の視点でのサービス提供は行われていますが、不適切な事案が発生した場合の対処方法を整理し、文書化したうえで、職員全体へ研修を行う等により、周知するように取り組むことが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自分達のサービスを見直す機会として、職員全体で取り組んでいくことが必要との認識を持って取組を開始しました。

プロジェクトチームを立ち上げ、目標として、「ひとつの基準で評価を受けることで、強み弱みを知り、サービス向上を目指す。全職員での取組とし、サービスの要不要を見極める機会とします。」としました。

また、アンケートでは、半数の方がご回答くださいました。総合的な満足度の質問では、9割の方が満足と回答くださり、コメントも心温まるものが多く、これも私たちの自信となりました。

第三者評価当日には、施設の雰囲気を見ていただく中で、みなさん明るくて雰囲気がよい、職員が定着しているのも、技術のレベルが高い、アンケートでも、満足度が高いことがわかった等のコメントをいただくことができました。日常サービスについては、十分にされており、勉強会等も実施し、良く取り組んでいるとの好評価をいただきました。対して、事業計画をご利用者に周知していくこと、マニュアル類の管理、権利擁護の体制整備等の課題を知ることができました。

これから、評価項目を全職員で確認を行い、課題について取組継続的なサービスの向上に努めて参ります。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	<p>■法人理念・基本方針は、事業計画、パンフレット、ホームページ等に記載し、玄関入口に掲示しています。</p> <p>■法人理念は、年度当初に理事長による「理念研修」を実施し、職員への周知徹底を図っています。</p> <p>■「キリスト教主義に立って、利用者お一人おひとりを大切に、仕える姿勢を堅持いたします。どのような心身の状況にあってもご自分の生活を自分らしく続けることができるようにお支えに努めます。」を法人理念として、理念を実現するために職員の行動規範となるサービス方針・行動指針・具体方針を明示しています。</p> <p>■法人理念・基本方針は、職員への理解はもとより利用者・家族、更には地域社会に対して示していくことが大切です。デイサービスフロアや事務所等に掲示して周知徹底を図っていくことが望まれます。</p>	

		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅰ-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
(コメント)	<p>■法人内では毎月2回ずつ開催している各事業部部長等が参画する事業部運営会議において、各事業部の毎月の経営、運営状況を把握・分析したり、法人全体に関わる諸問題・各事業部の月の状況確認・対策を評価・分析しています。</p> <p>■管理者は、市内介護保険事業所連絡会の中の専門部会「通所系事業所連絡会」に参画しています。事業所が位置する地域での福祉に対する需要の動向、利用者数・福祉ニーズなどに関して把握・分析しています。</p> <p>■毎月開催の職員会議、職制会議において、福祉サービス利用者の推移、利用率の分析を行っています。職員会議は非常勤職員を含む全職員で構成、職制会議は常務理事、部長、主任等で構成しています。</p>	
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<p>■法人の経営状況、進捗状況や課題は理事会にて共有を図っています。理事会は年4回開催しています。ホームページ（法人本部の情報公開「2018年現況報告書」）に開催内容を公表しています。</p> <p>■法人内事業部運営会議は毎月2回開催し、各事業部の部長等が参画し、各事業部の現状、人事、研修、各委員会からの報告を行う等して、経営課題の解決・改善に向けた取り組みが進められています。</p> <p>■デイサービスセンターるうてるでは、毎月全員出席の職員会議の中で、運営会議の報告を行う等して周知徹底を図っています。</p> <p>■事業計画に基づき、推進事項の提案確認、課題の共有を行い、改善策を検討する場の「総括会議」において、事業所課題の解決・改善に向けた具体的な取り組みが進められています。</p>	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■法人では、毎月2回ずつ開催している事業部運営会議にて中長期計画の見直しを行っています。 ■中長期計画（2015～2020）は、単年度事業計画書の冒頭に記載しています。 ■中長期計画は、中期経営計画骨子「①人材育成と職場環境の整備」「②地域貢献と福祉サービスの充実」「③経営基盤の安定化の取り組み」を掲げ、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明示しています。 ■中長期計画には多くの方針が示されています。事業計画を実現するためには財務面での裏付けが重要です。そのためには、中・長期の事業に沿った収支計画を策定することが望まれます。 	
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画は、中長期計画に基づき策定しています。 ■事業方針として「みんなで作るデイサービス、お一人おひとりが主人公」をコンセプトに取り組んでいます。平成30年度は、「主体的にやりたいことを進められるような取り組みをすすめ、利用者、職員それぞれが主人公になることができる環境作りを目指します」を掲げています。 ■事業方針の基に7つの具体的計画を策定しています。 ■事業報告書は、数値目標や具体的な成果を設定して評価を行っていますが、事業計画と連動した内容の報告書が望まれます。 	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画を策定するにあたり手順書は策定していませんが、毎年3月の理事会に報告できるように年度当初から準備を進めています。 ■事業計画は、管理者・主任が全職員に聞き取りをする等して策定を行っています。 ■法人・管理・人事・研修・その他に関する一年間の管理者の役割の予定が明文化されています。研修の項目の中に事業報告提出、事業計画説明会などの時期について明記されています。 ■事業部運営会議では、四半期ごとに事業計画の進捗状況を振り返り、評価・分析しています。 ■法人では、平成30年3月に各事業部部長参加のもとで、「事業計画説明会」研修を行っています。各部長が講師を担って職員に理解を促す取り組みを行っています。 	
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■年1回発行している「るうてるホーム法人報」に、「2017年度事業報告・決算と2018年度事業計画」を記載し、事務所窓口に設置し、いつでも閲覧できるようにしています。 ■事業計画はホームページに公表をしています。 ■読みやすく字を大きくしたり、絵や文章などもうひと工夫した「事業計画（簡易版）」等を作成し、掲示したり利用者一人ひとりの連絡帳に入れたり、利用者・家族に配布する等して理解を得られるような取り組みをしていくことが求められます。 	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
(コメント)	<p>■法人では、福祉サービスの質の向上の取り組みとして法人内部監査を実施しています。他施設の職員が施設設備・運営関係・福祉サービス等について評価・分析しています。デイサービスセンターるうてるの内部監査は4年前に実施されました。</p> <p>■法人では、中長期計画（2015～2020）【経営基盤の安定化の取り組みの一環として「第三者評価を全事業所が受審する」】と明示し、デイサービスセンターるうてるが今回受審しています。</p> <p>■今回受審するにあたり、全職員に自己評価票を配布し、夕方ミーティング後にチェックなどを行いました。</p> <p>■平成30年にケアハウスが「第三者評価を受けて」と題して「るうてるホーム後援会ニュース」に報告をしています。後援会会員は700名程になります。</p> <p>■介護保険自主点検表を用いた点検は年1回実施し、結果を職員会議で報告し共有しています。</p> <p>■第三者評価の受審後は、担当者や複数職員による担当制を定め、組織として取り組んでいくことが望まれます。</p>	
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
(コメント)	<p>■法人内部監査終了後に、監査役より文書にて指摘事項を明示しています。</p> <p>■内部監査で受けた指摘事項及び意見要望事項は職員間で検討し、改善しています。</p> <p>■内部監査を4年前に実施していますが、福祉サービスの質の向上に関する評価・見直しなどのPDCAサイクルを定期的にしていくことが望まれます。</p> <p>■自己評価・第三者評価の結果が出た後は、改善の課題を明確にし、解決・改善を計画的に取り組み、計画は中長期計画書や事業計画に反映させていくことが望まれます。</p>	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
(コメント)	<p>■管理者は、月2回開催の事業部運営会議等に参加し、毎月の経営・運営状況等の課題の共有、改善を検討しています。</p> <p>■管理者自らの役割と責任について、職務分掌で明文化しています。法人発行の広報誌「法人報るうてるホーム」において、理事長や常務理事が事業の進捗状況等の報告をしています。</p> <p>■管理者は、法人の理念や基本方針、事業計画を3月の研修「事業計画説明会」で説明しています。</p> <p>■管理者は、職員会議、職制会議等において各種会議の報告をして、管理者としての意見表明をしています。</p> <p>■非常時災害対応マニュアルには、災害応急時に管理者不在であった場合の権限委任が明記されています。平常時の場合にも、管理者不在時権限委任を職務分掌等に明記していくことが望まれます。</p>	

II-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■法人では、危機管理委員会を設けて「①法人内部監査②避難訓練・非常災害訓練③安全運転」に関する取組を行っています。</p> <p>■法人では、事業部運営会議において介護保険改正関連や遵守すべき法令について検討しています。</p> <p>■管理者は、市内の高齢通所事業所の連絡会議に参加をして、情報共有や制度についての遵守すべき法令等を把握しています。</p> <p>■コンプライアンス（法令遵守）の担当者、担当部署を設置して、倫理や法令の遵守の徹底に向けた規約の策定や体制構築を図ることが望まれます。法人内で検討してはいかがでしょうか。</p>	
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
II-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<p>■毎月2回の事業部運営会議では、毎月の経営・運営状況を知り、課題の共有・改善策を検討し、実施するサービスの質について評価・分析しています。</p> <p>■管理者は、毎月職員が参加する職員会議で各種会議の報告をし、意見を聞いています。</p> <p>■毎月開催の総括会議は、「事業計画に記載している計画に基づいた取組を検討していく場」となっています。2018年度は①利用者満足度の向上「みんなで作るデイサービス」をもう一度見直す②生活リハビリについて「ベッド上の体操など」③介護職員のスキルアップ④職場環境の整備⑤勉強会などに取り組んでいます。</p> <p>■管理者は、非常勤職員も含めた全職員の一年間の研修計画を立てて、職員の教育・研修の充実を図っています。</p>	
II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<p>■法人では、各事業部部長の参画による月2回の事業部運営会議において、人事・労務・財務等の評価・分析を行っています。</p> <p>■法人では、次世代育成支援対策推進法に基づく「第3期一般事業主行動計画」を策定しています。目標として①るつてるホームの育児休業の制度について周知、情報提供をおこなう②所定外労働を削減するため、各事業部で検討をおこなう③子どもが保護者である職員が働いているところを見ることができる「子ども参観日」を2019年9月までに実施する等と明記して、取り組んでいます。ホームページにも掲載しています。</p> <p>■職員への周知として事務所入り口に「ノー残業デイ」のポスター等を掲示しています。</p> <p>■職員が働きやすい環境整備に向けて目標・計画を立て、期間を定めて目標が達成できるように努めていることは高く評価できます。</p>	

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人では、中長期計画書の骨子の一つに「人材育成と職場環境の整備」を掲げています。事業部合同で人材確保・育成委員会を設けて、その委員会の中で人材育成・確保のための事業方針や事業部計画を策定しています。 ■組織の理念・基本方針や事業計画に沿って、組織を適切に機能させるために必要な職員数や体制、福祉サービスに関わる専門職（有資格者）、あるいは正規職員と非常勤職員の比率なども含めた計画を立てることが望まれます。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■中長期計画に、人材育成のための環境整備として明確なキャリアパスの構築（人事評価の確立）を掲げています。 ■法人では「期待する職員像」は「各等級に求められる資質」に明記しています。 ■人事考課制度は、「各等級に求められる資質」と「行動評価基準と目標管理」を用いて評価を行っています。 ■管理者による年3回の面談の折には、職員自己評価票によって目標の管理を行っています。 ■キャリアパス・職員配置・異動・昇進等の基準を明確にして、人事考課制度等での評価をしていくトータルなマネジメントの実施が望まれます。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者による意向調査として、年3回の面談の折に職員の意向を聞いています。 ■毎月の有給休暇取得状況、時間外労働等の就業状況は、事務部門・管理者が把握しています。 ■法人では、毎月「ノー残業デイ」を定めて掲示したり、現状を把握して、職員が働きやすい環境づくりを実施しています。 ■大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。また、地域との交流を目的とした「地域交流委員会」の職員レクリエーションに参加する等して職員のメンタルヘルスを視野に入れた取り組みがあります。 ■法人では、ストレスチェックを行っています。 ■中長期計画等で立てた改善策を、組織を適切に機能させるために必要な職員数や体制、福祉サービスに関わる専門職、あるいは正規職員と非常勤職員の比率なども含めた計画に反映させていくことが望まれます。 	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人は、「組織が求める職員像」を「各等級に求められる資質」に明記しています。 ■管理者は、4・11・2月の年3回面談を行っています。職員と話し合いながら「目標」を定めて、進捗状況の管理・振り返りを行っています。 ■管理者は、非常勤職員の「目標管理」についても進めていく予定としています。 ■職員一人ひとりの目標を管理するために「職員プロフィール」の充実が望まれます。 	

II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人運営方針は、サービス方針「キリスト教精神を継承し、お一人おひとりに仕える仕事をします。」他5つの方針を達成するために職員の行動指針を明示しています。行動指針の根幹は、「マザーテレサの言葉」を用いて職員の方向性を示しています。 ■中長期計画にもあるように、「明確なキャリアパスの構築」の実施に向けて、職員が目指す方向性を体系的に明示したキャリアパス表を策定し、必要な教育・研修を明記していくことが望まれます。 ■中長期計画には、資格取得のための奨学金制度の整備を明記しています。 ■管理者は、職員一人ひとりに必要な外部・内部研修の年間計画一覧を策定しています。 ■教育・研修成果の評価・分析を行い、その成果を踏まえて次の計画策定に繋げていくことが望まれます。 	
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■専門資格の取得状況は、「職員シート」にて把握・管理しています。 ■管理者は、人事考課により知識、技術水準を把握しています。 ■新人職員には、1年間のスケジュールを立てて話し合いながら指導しています。 ■立てた研修計画（非常勤職員も含めた全職員）の評価・分析をするためには、研修参加者の報告や評価・分析を記載できるような「職員別研修履歴」を作成して、研修成果の評価・分析を行い、次の計画に反映させ、継続した記録とすることが望まれます。 	
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人事業計画の中に、実習生受け入れを明文化しています。 ■法人の人材確保・育成委員会が実習生受け入れの窓口となっています。各事業部の担当で構成しています。 ■実習生受け入れマニュアルを整備しています。実習指導マニュアルも整備しています。 ■学校側と連携して各種プログラムを整備しています。 ■福祉サービスに関わる専門学校、大学等の実習生を受け入れています。 	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
(コメント)	<p>■法人の理念や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報はホームページに公表をしています。</p> <p>■苦情については、集計をして事業報告書に記載しています。ホームページには、苦情解決委員会報告の取り組みを公表しています。苦情内容に基づく改善・対応の状況については公表していません。事業所内にも掲示はありません。</p> <p>■近隣の地域包括支援センターや在宅事業所に広報誌やパンフレットを配布しています。</p> <p>■第三者評価の結果が出た後は、事業報告書、ホームページ、広報誌などで公表をしていく予定です。苦情と改善・対応結果は事務所内やフロア掲示板に公表をする等していくことが望まれます。</p>	
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
(コメント)	<p>■経理規程に基づき処理を行っています。</p> <p>■法人では、職務分担と権限が明確にされており、関係職員に周知しています。</p> <p>■法人では、外部の公認会計士によるチェックを受けています。</p> <p>■ホームページには、経営報告を開示しています。現況報告書・資金収支計算書・資金収支内訳表・事業活動計算書・事業活動内訳表・法人単位貸借対照表を公表し、透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに努めています。</p> <p>■法人内の施設間で内部監査を実施し、職員相互のチェックや現場職員の課題意識に繋がるように取り組んでいます。</p>	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■法人事業計画に、地域交流委員会が「①ボランティア活動の活性化をサポート②るうてるフェスタの実施等交流を目的とした取り組みを行う」と文書化しています。</p> <p>■デイサービスセンターるうてる事業計画に『<<地域との交流機会の充実>>①認知症サポーター養成講座を他事業所と共に推進します②「はっぴいカフェ」での地域住民のボランティア活動を支えます』と明記しています。</p> <p>■地域イベント・福祉医療マップや手話通訳等のチラシなどをフロアに掲示しています。</p> <p>■年1回の「るうてるフェスタ」はフロアを開放して開催しています。地域のボランティア、障がい事業所による出店等もあります。手作りコーナー、ゲームコーナーなどをおして利用者・地域住民との交流を図っています。</p> <p>■ボランティア主催の「はっぴいカフェ」は各事業部職員が参加をして活動を支えています。利用者・地域住民・職員との交流を深める場となっています。</p>	

II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ボランティア受け入れについては、法人の委員会である地域交流委員会が窓口となっています。 ■デイサービスセンターるうてる事業報告書に、地域学校教育へ協力した実績を報告しています。 ■ボランティア受け入れについてのマニュアルが整備されています。また、ボランティアに説明する際のガイドブックも用意しています。 ■個人によるオカリナ、活動援助、グループによる三味線、ギター、民謡、踊り、紙芝居、歌体操等多くのボランティア活動がなされています。 ■デイサービスセンターるうてるとしてのボランティア受け入れや学校教育等への協力に対する方針を明記していくことが望まれます。 	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、四條畷市内の高齢の通所系事業所等の関係機関で構成された「通所系事業所連絡会議」に参加し、連携を図っています。連絡会議は2か月毎に開催しています。 ■職員会議やミーティングにおいて、会議・委員会の報告をして職員間で情報の共有を図っています。 ■法人では、「四條畷市福祉のまち実現委員会」において活動し、「①人材フェスタ②近隣中学校と連携した福祉の人材育成等の活動」を行っています。 	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■地域交流を目的として、事業所のフロアを利用し「はっぴいカフェ」を開催しています。「はっぴいカフェ」は地域ボランティアが主体として活動をしていいますが、地域住民が参加しやすいように運転員がバスでの送迎をする等の支援を行っています。 ■るうてるホーム（特養・ケアハウス・デイサービス等）は四條畷市より、災害時における福祉避難所として指定を受けています。協定書を交わしています。 ■認知症サポーター養成講座を毎年開催しており、平成29年度は4回開催しています。 ■民生委員の見学の受け入れや、自治会へ高齢者施設の役割・支援内容等の説明を行う等しています。 ■法人では、2018年10月に地域交流を目的とした「るうてるフェスタ」を開催しています。四條畷市内の作業所が店を出したりして、近隣住民・多くの子ども達との交流がありました。 	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、定期的開催する事業部運営会議、通所系事業所連絡会議等に参加して、地域の福祉ニーズの把握に努めています。 ■法人では、把握したニーズに基づき、ヘルパーステーション・デイサービス・配食サービス等の事業運営を行っています。 ■社会福祉法人については、既存施設では対応しきれない生活困窮者問題等の支援等、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進めていくことが望まれます。 	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■サービス方針には、「私たちは、一人ひとりの生き方を尊重し、その安心と安らぎに最大限配慮します」とあり、利用者を尊重する姿勢をサービス提供の基本としていることが確認できます。このサービス方針に沿って、年間と月間の行動指針を定め、さらにデイサービス計画書へと反映させて、日々の実践へと繋げています。</p> <p>■毎年、年度初めに理念や基本方針に沿った研修を全職員を対象にして、実施しています。利用者尊重への配慮に関する状況の把握や評価に関しては、随時話しているものの、さらに仕組みとして事業所内に定着するよう取り組むことが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	<p>■見直しについて一部課題もありますが、マニュアル類を整備しています。マニュアル類、運営規程には必要な箇所に虐待防止やプライバシー保護に関して記載しています。ベッド周りのプライバシーカーテン、希望者への排泄や入浴介助時の同性対応など具体例についても確認しました。</p> <p>■利用者、家族へは重要事項説明書により周知を図っています。研修については、全職員を対象にした実施が望まれます。また、不適切な事案が発生した場合の対応に関しても、仕組み作りや文書化が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
(コメント)	<p>■事業所の案内は、施設玄関や地域包括支援センターに設置しています。利用の希望があれば、一度見学に来てもらい、資料をもとに体験利用の説明をし、体験利用後に契約をするような流れになっています。</p> <p>■ホームページでは、サービス内容や空き状況を公開し、随時更新しています。空き状況は地域の居宅介護支援事業所等へも文書で配布し、利用希望者に情報が伝わるようにしています。</p>	
Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
(コメント)	<p>■サービス開始時や変更時等、同意が必要な場面では同意書を書面に残すようにしています。具体的な文書としては、契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書、通所介護計画書等があります。</p> <p>■説明にあたっては、文字を大きくしたり、時間が限られる方へは簡潔に説明したり、料金の見積書を添付する等配慮しています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者へは、代理人に同意を得る等具体的な配慮は行っていますが、ルールとして確認するまでには至りませんでした。考えられる方法を整理して、文書にまとめる等ルール化が望まれます。</p>	

Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
(コメント)	<p>■事業所が変更になる場合等は、必要な情報を提供し、サービスが継続されるように配慮していますが、定められた文書までは確認できませんでした。法人内のサービス変更に関しては、データ共有が可能になっています。相談窓口は生活相談員ですが、必要に応じ、法人が運営する地域包括支援センターへも相談が可能です。</p> <p>■引き継ぎ文書を定めておくこと、また、利用終了後の相談方法等を文書にまとめておくことは、利用者へのサービス継続だけではなく、事業所としての対応の安定にもつながります。これら文書の整備が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■利用者満足度調査は2年に1回を基本に実施しています。満足度調査の結果は、グラフにしてまとめ、職制会議、さらに統括会議でも改善に向けた検討を行っています。食事に関しては、毎日、職員が利用者から聞き取りを行い、感想をまとめて食事委員会で検討しています。家族会は開催していませんが、食事委員会には利用者も参加しています。サービス担当者会議や通所介護計画作成の場面でも、サービスに関する満足度を確認するようにしています。</p> <p>■食事委員会での検討により、献立に反映するなど具体的な改善は見られましたが、今回の満足度調査については、改善に向けた検討はこれから実施する予定です。</p> <p>■満足度調査の結果分析を実施し、具体的な改善へと繋げることが望まれます。家族会の開催についても一度ご検討下さい。</p>	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
(コメント)	<p>■苦情解決の体制を整備しています。責任者は管理者、受付窓口は生活相談員が担当し、第三者委員は2名設置しています。苦情解決の仕組みは重要事項説明書に記載して利用者に説明しています。入り口には意見箱も設置しています。</p> <p>■受け付けた苦情はフィードバックまで記録に残すようにしています。苦情内容は件数をまとめてホームページで公開しています。</p> <p>■第三者委員の連絡先表示、苦情内容の館内への掲示については、実施が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
(コメント)	<p>■重要事項説明書には、事業所以外の相談窓口についても記載をしています。相談に関する掲示も確認しました。1階に相談室を設置し、プライバシーへも配慮ができるようになっていました。</p>	
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
(コメント)	<p>■相談や意見に関しては、「報告書」に記載し、共有するようにしています。仕組みはありますが、マニュアルを整備するまでには至っていませんでした。</p> <p>■利用者満足度調査は2年に1回を基本に実施し、調査の結果は、グラフにして、職制会議や統括会議で改善に向けた検討を行っています。食事に関しては、毎日、職員が利用者から聞き取りを行い、感想をまとめて食事委員会で検討しています。</p> <p>■マニュアルの整備と定期的な見直しの仕組みの整備が望まれます。</p>	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
(コメント)	<p>■生活相談員がリスクマネジャーを担当し、リスクマネジメントの体制を整備しています。法人全体では危機管理委員会を設置しています。事業所でもリスクマネジメント会議を毎月開催し、事故予防に努めています。また、夕方のミーティングでも、その日にあったことを報告し対応を検討するようにしています。</p> <p>■研修は平成29年8月に誤嚥と窒息への対応という内容で実施しています。</p>	
Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■法人に安全衛生委員会があり、事業所からも出席して、感染対策を実施しています。事業所では、看護師が中心となり、感染症予防の情報を知らせる等しています。手洗い、うがいやマスクの着用等、具体的な取り組みについても確認しました。</p> <p>■指針、マニュアル類も整備しています。マニュアルは、事業所で起こり得る感染症ごとにまとめています。マニュアル類に関しては、より活用しやすいようにファイリングすることが望まれます。</p> <p>■平成30年11月に法人で衛生講習会が行われ、事業所からは2名が参加し、講習内容を事業所内で伝達するようにして、周知を図っています。</p>	
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
(コメント)	<p>■火災、地震、台風、大雨に対する防災のマニュアルを整備し、わかりやすくフロー図にする等して職員への周知を図っています。備蓄品は法人全体で組織する危機管理委員会として特養、ケアハウスも合わせて3日分を管理しています。備蓄品や非常持ち出しを文書にし、特養の栄養士により、消費期限が管理されています。</p> <p>■訓練は年2回実施しています。消防署立会いによる訓練も行っています。法人全体として福祉避難所に指定されています。</p>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<p>■契約書、重要事項説明書と共に個人情報の開示、利用停止、訂正に関する取扱いの文書を用意し、利用者家族に説明を行っています。</p> <p>■現在、開示の事例はありませんが、体制は整備されていると判断しています。</p>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	非該当
(コメント)	通所施設であるため非該当。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
(コメント)	<p>■マニュアル類を整備しています。マニュアルには、必要な箇所に利用者尊重やプライバシー保護の視点での記載を確認しました。新人職員へはマニュアルを用いて説明し、改訂した場合には全職員へ配布して、読みあわせを行う等して周知を図っています。</p> <p>■マニュアルに沿ったサービス提供については、ミーティング時に話をする機会がありますが、仕組みとしては確認ができませんでした。</p> <p>■マニュアルに沿ったサービス提供が行われているかどうか確認する仕組み作りが望まれます。マニュアル類のファイリングについても、さらに活用しやすくなるよう整備することが期待されます。</p>	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
(コメント)	<p>■必要に応じてマニュアル類の改訂を行っていますが、決められた時期の見直しという形では確認ができませんでした。見直しは担当チームで実施され、職員の意見が反映される仕組みになっています。</p> <p>■マニュアル類の見直し時期が決められ、職員の視点、利用者の視点、サービス実施計画の視点が反映されるような見直し方法を確立することが望まれます。</p>	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
(コメント)	<p>■利用者のケアプランが作成されると、担当者がポイントケアチェック表を用いてアセスメントを行い、通所介護計画書を作成しています。作成した通所介護計画書は利用者、家族へ説明し、同意をもらうようにしています。また、通所介護計画書は個人記録にまとめるほか、最新版を一覧表にしてファイリングし、周知を図っています。</p> <p>■初回利用時は1か月目、通常は3か月に1回モニタリングを実施しています。夕方のミーティング後にカンファレンスの時間を設け、利用者に関する協議を行っています。</p> <p>■介護者の入院により送迎時間を他の親族が帰宅する時間に合わせる等、個別の事情に合わせた積極的な対応を行っています。</p>	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
(コメント)	<p>■通所介護計画は、要介護状態区分の利用者を6か月、要支援状態区分の利用者を3か月として、見直しの期間を設定しています。見直された通所介護計画は個人記録にまとめるほか、最新版を一覧表としてファイリングしていますが、更新されたことを発信することが十分ではないと聞き取りました。</p> <p>■通所介護計画を元にしたサービス実施状況は、毎月担当ケアマネジャーにも文書で報告し、緊急にサービス内容を変更する状況になった場合にも連携が取れるようにしています。</p> <p>■通所介護計画書は、生活リハビリの視点で作成され、総括会議で課題を検討する仕組みになっています。マニュアル類への反映の視点での協議については、実施が望まれます。</p>	

Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■初回利用時には1か月でモニタリングを行い、より利用状況を把握できるように努めています。アセスメントでは、身体の状態だけではなく、生活に関する情報やサービス利用時の希望も確認しています。通所介護計画書には長期目標と短期目標が記載されていることを確認しています。必要時には医師の助言により通所介護計画書が作成され、実際に医師の助言により、利用回数を増やした事例についても聞き取りで確認しています。</p> <p>■通所介護計画書は、生活リハビリの視点で作成しています。利用の状況は文書にして利用者、家族、ケアマネジャーに報告しています。また、事業所内では、「報告書」による月1回の確認と、3か月に1回を基本としたモニタリング時に確認するようにしています。</p> <p>■通所介護計画の内容は最新版を一覧にしてファイリングし、閲覧できるようにしていますが、計画が更新された際の職員への周知については事業所として課題を感じています。課題が解決できるよう取り組むことが望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
(コメント)	<p>■利用者の記録は、バイタルサイン、食事量、排泄状況、日々の様子などを中心に個人記録にまとめています。利用者の情報は、記録ソフトを活用して管理しています。モニタリングは3か月に1回を基本に実施し、通所介護計画と実際のサービス提供状況を確認するようにしています。</p> <p>■職員の記録に関する差異の防止に関しては、文書を点検し、表現方法等を助言するようにしていますが、記録要領の整備や記録に関する研修の実施等は確認できませんでしたので、さらに工夫した取り組みが望まれます。</p> <p>■情報は、朝夕のミーティングで周知されるほか、「報告書」に情報を集約して、休みの職員でも出勤時に確認できるようにしています。</p> <p>■フェイスシート、通所介護計画書等記録ソフトによるデータは、ネットワークによりアクセスが可能になっており、情報共有ができる環境になっています。</p>	
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
(コメント)	<p>■記録の保管に関しては、運営規程で定めています。保存は鍵のかかる書棚で管理し、業者に廃棄を依頼するようにしています。記録は、管理責任者が運営規程、個人情報保護要綱に従って管理しています。新人職員を対象に就業規則研修を実施し、個人情報保護への周知を図っています。また、職員へは個人情報の取り扱いに関する誓約書を交わしています。</p> <p>■利用者、家族へは、契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書により、個人情報の取り扱いについて説明を行い、同意を得るようにしています。</p>	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■身体拘束を行わないことを原則とし、現在対象者はいません。利用時に利用者が使えるように福祉用具を事業所に準備し、身体拘束に繋がることのないよう取り組んでいます。</p> <p>■研修という形ではありませんが、朝夕のミーティングを活用し、利用者の変化や対応方法を周知できるようにしています。外部研修については、参加が望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	非該当
(コメント)	■利用者の金銭を預かり管理していないため非該当とします。	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
(コメント)	<p>■食事は基本的にフロアで食べてもらい、排泄は出来る限りトイレで行うように支援しています。事業所での機能訓練は基本的には生活リハビリが中心ですが、理学療法士から助言を受けて、動作訓練のメニューを検討した事例も聞き取っています。</p> <p>■看護師による体操やレクメニュー、ボランティアによるイベントを企画して離床へのきっかけとしています。</p>	

高齢福祉分野【施設系通所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>■アセスメント時やモニタリング時に利用者の心身に関する状況や意向などを確認するようにしています。利用者の声を反映した事例として、外出の支援を行った事例を聞き取りました。</p> <p>■できる方へは、食事後の下膳を利用者に行ってもらおうにする等して、自立に向けた支援を行っています。活動への参加は無理強いすることなく、「待つ介護」を心がけています。</p> <p>■レクリエーションでは、三味線を披露してもらったり、花の水やりをしてもらったり、利用者の趣味や好みを聞きながら配慮しています。また、紙芝居やギター演奏、踊り等をボランティアの協力により実施しています。おやつのお買い物やドライブ、初詣等の外出支援についても確認しています。外出の支援は、利用ごとに貯まるポイントをためて利用できるようにしており、利用や自立への意欲向上にも繋がっています。</p>	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
(コメント)	<p>■できるだけ職員が利用者の近くにいるようにし、コミュニケーションが取りやすい環境への配慮を行っています。コミュニケーションは、会話だけではなく、手話やホワイトボード等も活用して行っています。平成31年1月には、「コミュニケーションの心理学」という内容で伝達研修が行われました。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>■アセスメントで得た情報をもとに通所介護計画書を作成し、入浴の支援に繋がっています。プライバシーへの配慮については、プライバシーカーテンの使用やタオルの使用、希望者の同性介助等の配慮を行っています。入浴を拒否する利用者については、時間をおいて声かけをしたり、仲の良い利用者と一緒に浴室へ案内する等工夫しています。</p> <p>■入浴に関するマニュアルを整備して、安全に入浴できるようにしています。浴室にはパネルヒーターやエアコン、サーキュレーターを設置して室温を調節しています。</p> <p>■入浴後は水分補給を促し、希望によりスキンケアも行っています。入浴前の健康チェックで異常が見られた場合は、しばらく時間をおいて再検し、入浴か清拭かの判断をしています。入浴は基本的にマンツーマン以上での介助を行っています。</p> <p>■利用者の感染症や疾病の状況に応じて入浴順を変更する等配慮しています。糖尿病の方には、感染症の予防に配慮して先に入ってもらったり、足浴を希望の方に対応する等の具体例を聞き取りました。デイサービスでの入浴の状況は連絡帳で家族へ伝え、必要があれば助言するようにしています。</p>	

A-2-②	排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>■オムツを使用している利用者であっても、基本的にはトイレでの排泄を支援しています。排泄介助は定期的な介助をベースにして、利用者の状況に応じて随時声かけを行っています。トイレは扉を開けて、室内と同じ温度になるようにし、便座も温便座を使用しています。トイレの清掃は、午前中が職員で行い、午後はシルバー人材センターにより、サービス終了後に掃除と消毒を行っています。</p> <p>■トイレ使用中の安全を確保するために、「ファンレストテーブル（前傾姿勢支持テーブル型手すり）」を活用し、安全な位置に車椅子を設置する等して見守っています。使用するオムツは基本的に持参してもらっていますが、施設でも1枚単位で購入できるようにしています。</p> <p>■利用中に排尿がない等変化があれば、家族やケアマネジャーに連絡するようにしています。また、パッドの選び方を家族に助言したり、お試して使ってもらう等、家族への情報提供も行っています。</p>	
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>■車椅子を使用している利用者も基本的には自操での移動を支援しています。トイレの使用を促したり、下膳を利用者に行ってもらったり、敷地内の畑へ行ってもらったり等、自立への働きかけを行っています。</p> <p>■移乗介助時、必要な場合には2人介助を行い、安全に移乗できるよう配慮しています。使用している福祉用具の状況については、情報をミーティングで共有し、使用前には故障箇所がないか点検するようにしています。</p> <p>■利用者から移動に関する希望があった場合は、それを聞いた職員が対応できなかった場合でも、応援を呼び出すようにして、できる限り早く対応できるようにしています。</p> <p>■車椅子での移動が行いやすいよう、また、使用していない利用者への安全も配慮して、座席の配置を工夫しています。送迎時には、心身の状況や車酔い等利用者に応じて、順序やコースを配慮しています。</p> <p>■家庭での移乗、移動が安全に行われるように、家族へ手すりの設置に関して助言した事例を聞き取りで確認しました。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■褥瘡予防に関する個別の対応マニュアルを用意し、褥瘡予防に努めています。職員へは個別に指導を行っています。発赤等があった場合は、家族、ケアマネジャーへ連絡するようにしています。</p> <p>■褥瘡予防の標準的な実施方法を整備し、研修等を通じて職員へ周知するよう取り組むことが望まれます。</p>	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>■食事の感想を毎日聞き取り、聞き取った利用者の声を食事委員会で検討し、献立に反映させる等の改善しています。食事委員会は月1回開催しています。法人として全サービス対象に開催し、利用者にも参加してもらって、希望を聞き取る機会にしています。</p> <p>■麺類はその場で提供できるようにし、その他のものは、保温、保冷して、適温での提供を行っています。主食と主菜、汁物については、ダイルーム内で盛り付けています。ダイルーム内を季節に応じて飾りつけたり、席替えをしたり、流しそうめん等のイベントをする等、食事が楽しめるよう工夫しています。</p>	

A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>■食事はご飯の量を調節するほか、軟飯やおにぎり、パン食等希望や身体状況に応じた対応をしています。主菜、副菜、汁物に関しても、普通、一口大、粗刻み、超刻み、ミキサー、ペースト、ソフト食等柔軟な対応が可能になっています。医療面への配慮に関しては、腎臓、減塩、潰瘍、糖尿等、疾病に応じて、当日でも対応できるようにしています。</p> <p>■食事前には、口腔体操を実施しています。また、カラオケで声を出して歌ってもらう等して、誤嚥や喉詰めの予防に努めています。下膳は基本的に利用者に行ってもらう等し、できることは自分でできるよう配慮しています。</p> <p>■平成30年8月に「摂食、嚥下のメカニズム」という内容で研修を実施し、誤嚥や喉詰めへの対応を周知しています。ムセや口腔内の痛み、歯痛等異常が見られた場合には、連絡帳で家族へ伝えています。</p>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<p>■平成30年度は希望者を対象にして歯科検診を実施しています。アセスメントでも口腔内の状況を把握するようにしています。口腔ケア計画は確認ができませんでした。食事前には口腔体操を行い、またカラオケで声を出して歌う機会を設ける等して、口腔機能の維持に努めています。</p> <p>■研修は、平成30年8月に「摂食、嚥下のメカニズム」という内容で実施しています。口腔ケアの物品は利用者に持参してもらい、必要があれば介助や声かけを行っています。</p> <p>■口腔ケアに関する計画書の作成と計画書を活用した口腔ケアの仕組み作りが望まれます。</p>	

		評価結果
A-4 認知症ケア		
A-4-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
(コメント)	<p>■利用者の心身の状況はアセスメント時やモニタリング時に把握するようにしています。レビー小体型認知症の利用者に対して、観察やミーティングでの検討を行った事例を確認しています。この事例では、担当医師による助言も得ながらの支援が行われています。</p> <p>■認知症の利用者へは、基本的に無理な制止はしないようにし、テーブル拭きやお茶くみ、下膳、洗濯たたみ等出来る範囲で役割が持てるように支援しています。レクリエーションのメニューについても、利用者の心身の状況や趣向に応じたメニューを用意するようにしています。具体的な事例としては、畑仕事や縫い物等を聞き取りました。</p> <p>■認知症高齢者に関する社会資源を紹介した事例は確認できませんでしたが、情報を提供できる体制は整備しています。実際の情報提供につながる取り組みが望まれます。言葉がなかなか出ずに興奮状態が強くなってしまいう利用者について、ケアマネジャーに報告した事例を聞き取りました。家族とは日常的に連絡帳や電話連絡により連携を図っています。</p> <p>■研修については、平成30年に「若年性認知症」「バリデーションの誘い」という内容で内部研修を行い、「認知症サポーターステップアップ講座 指導者養成研修」という内容の外部研修に参加しています。平成31年2月には、外部の認知症研修会への参加を予定しています。</p>	
A-4-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a
(コメント)	<p>■喫茶スペースを配置し、内装やカーテン等、統一感があり落ち着いた雰囲気での利用が可能になっています。また、窓際にソファを置いたり、スタッフルーム前にイスを設置する等、認知症高齢者の居場所づくりにも配慮しています。</p> <p>■危険物は利用者の目に触れないような場所に保管しています。</p>	

		評価結果
A-5 機能訓練、介護予防		
A-5-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a
(コメント)	<p>■機能訓練は、通所介護計画書で計画して実施しています。機能訓練は生活リハビリが基本であり、テーブル拭きやお茶くみ、洗濯たたみ、下膳等、日常生活でも実施する具体的なものになっています。生活リハビリ以外の機能訓練についても、可能な範囲で利用者の状況に合わせて実施しています。</p> <p>■内科で通院している利用者の認知症による状態変化に伴い、専門の医療機関への受診について助言した事例を確認しています。</p>	

		評価結果
A-6 健康管理、衛生管理		
A-6-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
(コメント)	<p>■健康チェックや観察により、利用者の状態変化に気付けるようにしています。急変時の対応に関するマニュアルを整備し、現在、改訂を行っています。薬の効果や副作用に関する内容は確認できませんでしたが、脳内出血や双極性障がい（躁うつ病）、めまい、逆流性食道炎、喘息、前立腺肥大等疾病ごとの研修は実施しています。</p> <p>■服薬管理、服薬確認は看護師が中心で行っています。利用者の健康状態は、連絡帳を通じて、家族と連絡を取るようにしています。必要な場合は、ケアマネジャーへも情報を伝えています。</p>	
A-6-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■感染症予防に関する対応のマニュアル類を整備しています。職員は出勤時に検温と体調を記録するようにし、日常的に職員の健康状態を把握できるようにしています。</p> <p>■研修は、平成30年11月に法人で衛生講習会が行われ、事業所からは2名が参加し、講習内容を事業所内で伝達するようにして、周知を図っています。</p> <p>■来館者に対する手洗いや手指消毒の呼びかけを積極的に実施することが望まれます。</p>	

		評価結果
A-7 建物・設備		
A-7-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a
(コメント)	<p>■建物や設備の点検は、法人全体として、業者に委託する等して実施しています。福祉用具や入浴用の物品等については、使用前に点検するようにしています。イスだけではなく、ソファやベッドを設置して、よりくつろげるように配慮しています。</p>	

		評価結果
A-8 家族との連携		
A-8-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	<p>■家族とは、連絡帳、送迎時の口頭での連絡、電話連絡等により、連携を取るようにしています。利用者、家族からの要望は、日常のサービス利用時に加え、契約時、サービス担当者会議時、通所介護計画書の説明時にも聞くことができるよう体制を整備しています。家族との相談内容は、報告書や個人記録に記載しています。</p> <p>■ヒアリングからは、自宅での食事介助の方法を確認した事例を聞き取りました。介助方法を研修するところまでは確認できませんでした。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	デイサービスセンターるうてるの利用者
調査対象者数	100名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

デイサービスセンターるうてるを、現在利用されている100名を対象にアンケート調査を行いました。センターから調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、42名の方から回答がありました。（回答率42%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「職員には話しかけやすい」
●「サービス内容や利用料金について重要事項説明書等による説明を受けた」

について、90%以上の方が「はい」と回答、

- (2) ●「デイサービスセンターるうてるは、居心地の良い場所になっている」
●「職員の言葉使いについて、呼びかけの言葉などは適切である」
●「計画を作成される際に、本人や家族の意見や希望を聞いてくれる」
●「職員に相談したい時はいつでも相談できる」
●「食事中は、なごやかで楽しい雰囲気、自分のペースで食べられる」

について、80%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等